

Kuntoutuksesta katkaisuun

Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana

KRISTIINA KUUSSAARI & JENNI-EMILIA RONKAINEN & AIRI PARTANEN & OLAVI KAUKONEN
& HELENA VORMA

Johdanto

Päihdepalvelujärjestelmä määrittyy nykyainsäädännössä sosiaali- ja terveydenhuollon yleiseksi palveluiksi ja erityisesti päihteiden käyttäjille tarkoitetuiksi palveluiksi. Se sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa päihdeongelmallisille, päihdekuntoutujille tai päihteiden käytön takia muuten palveluiden piiriin hakeutuville asiakkaille annettavaa hoitoa, hoivaa, apua ja tukea. Järjestelmään sisältyy myös erityisesti päihteiden käyttäjille kohdistettuja palveluita, kuten esimerkiksi A-klinikoiden, katkaisuhoidon ja päihdekuntoutuksen toimintaa. Julkisten palvelujen lisäksi palvelujärjestelmässä on kolmannen sektorin palvelun tarjoajia sekä yksityisiä palveluntuottajia.

Päihdepalvelujärjestelmää koskevan kokonais kuvan saaminen tilasto- ja rekisteritiedon avulla on Suomessa toistaiseksi vielä vaillinaista. Laitosmuotoisten hoito- ja kuntoutuspalveluiden osalta käytössä oleva tilasto- ja rekisteritieto on kohtuullisen kattavaa, mutta asumispalveluista tietoa on heikommin saatavilla. Myös avopalveluissa asioivista päihdeasiakkaita on saatavilla ainoastaan vähän valtakunnallista tietoa. Tilasto- ja rekisteritietojen antaman tiedon täydentämiseksi on toteutettu päihdetapauslaskentoja, joissa kerätään yhden vuorokauden aikana tietoja kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuvasta päihteiden käyttöön liittyvästä asioinnista lasten päivähoidosta lukuun ottamatta. Laskentojen avulla pyritään saamaan kokonaiskuva siitä, missä palveluissa päihdeasiakkaita kohdataan ja minkälaisia asiakkaiden taustat ovat.

Ensimmäiset päihdetapauslaskennat toteutettiin vuosina 1972 ja 1973 (Heikkilä 1974; Mäki & al. 1973; Tuominen 1973). Näiden laskentojen taustalla oli huoli siitä, että päihteiden väärinkäyttö ja siihen liittyvät erilaiset haittavaikutukset asettivat ”entistä tiukempia vaatimuksia yhteiskunnan harjoittamalle päihdehuollolle” (Mäki & al. 1973, 73). Palvelujärjestelmän tilanteen selvittämiseksi sosiaalhallitus ja lääkintöhallitus nimittivät työryhmän, jonka tehtävänä oli käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön liittyviä kysymyksiä päihdehuollon näkökulmasta. Yksi työryhmän ensimmäisistä tehtävistä oli selvittää, missä kaikissa sosiaalitoimen ja terveydenhuollon toimipisteissä päihdeongelmaisia hoidetaan ja kuinka paljon tämä asiakasryhmä kuluttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Työryhmä päätyi tekemään poikkileikkaustutkimuksen, jossa tietoja kerättiin valittuna ajanjaksona jokaisesta päihdeasiakkaasta ja jokaisesta päihteiden käyttöön liittyvän asioinnin sisällöstä. (Heikkilä 1974, 52.) Ensimmäinen vuorokauden mittainen laskenta toteutettiin toukokuussa 1972 ja tilanteen seuraamiseksi ja tulosten kontrolloimiseksi laskenta uusittiin vuoden kuluttua (Mäki & al. 1973, 73).

Laskentaperinne jatkui reilu vuosikymmen myöhemmin, kun vuonna 1987 käynnistettiin sittemmin neljän vuoden välein toteutettavien päihdetapauslaskentojen sarja. Tämä uudelleen henkiin herättäminen liittyy päihdehuoltolain syntymiseen. Sen lisäksi, että yhä haluttiin terävöittää kuvaa olemassa olevasta päihdepalvelujärjestelmästä ja siellä asioivista henkilöistä, haluttiin myös tietoa siitä, miten uusi laki toimii käytännössä. (Nuorvala & Vertio 1989, 52.)

Tässä artikkelissa analysoidaan vuonna 2011 toteutetun päihdetapauslaskennan tuloksia. Vertailuaineistoina käyttämme vuosien 2003 ja 2007 aineistoja. Tarkastelun näkökulma on palvelujärjestelmässä. Asiakkaita koskevat tiedot tullaan julkaisemaan omana kokonaisuutenaan. Etsimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälainen on päihteiden käyttäjien hoitoon liittyvä työnjako eri puolilla Suomea?
2. Miten päihteisiin liittyvä asiointi on jakautunut palvelujärjestelmässä ja onko siinä tapahtunut muutoksia 2000-luvulla?

Tiedonkeruun peruseriaatteen ja aineistojen esittely

Päihdetapauslaskenta tehdään joka neljäs vuosi aina lokakuun toisena tiistaina.¹ Päihde-ehdoisella asiointinilla tarkoitetaan kaikkia niitä asiointeja, joissa henkilökunta arvioi asiakkaan olevan päihtynyt tai päihteiden ongelmakäyttäjää. Tietoja kerätään myös asiointeista, joissa asiakas asioi jonkin päihteiden kertakäyttöön liittyvä haitan, esimerkiksi tapaturman, takia.

Päihteisiin liittyvä asiointi kuvaa asiointien lukumäärää, ei asiakkaiden määrää, ja se on käsitteenä erilainen kuin lääketieteessä käytössä oleva päihteisiin liittyvä diagnoosi. Sisällöllisesti päihde-ehdoisen asiointin käsite ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Vaikka laskennan ohjeistuksessa on pyritty määrittelemään päihde-ehdoisen asiointi mahdollisimman tarkasti, jää tulkinta aina viimekädessä lomaketta täyttävän työntekijän tehtäväksi. (Ks. myös Nuorvala & al. 2000, 246.)

Vuoden 2011 laskennassa vastaajaa pyydettiin merkitsemään edellä mainituista kolmesta kriteeristä (päihteiden ongelmakäyttäjää, päihtymys, päihteiden kertakäyttöön liittyvä haitta) ne, joiden vuoksi asiakas oli valittu mukaan päihdetapauslaskentaan (kyselylomakkeen kysymys 1). Suurin osa vastaajista (85 %) oli valinnut asiakkaan mukaan päihdetapauslaskentaan, koska hän oli päihteiden ongelmakäyttäjää. Asiakkaan päihtymys oli kriteerinä viidellä prosentilla vastaan-

neista, ja kolmessa prosentissa tapauksista asiakas oli valikoitunut mukaan, koska hän asioi palveluissa jonkin päihteiden kertakäyttöön liittyvän haitan takia. Edellisen perusteella näyttää siltä, että päihdetapauslaskennan avulla tavoitettiin pääosin päihteiden ongelmakäyttäjää. Näin on ollut myös aikaisemmissa laskennoissa. Laskennassa käytetyt määritelmät eivät mahdollista päihdeongelman vakavuusasteen tarkempaa erittelyä, mutta ainakin päihdeongelma-määritelmä todennäköisesti jättää päihteiden ongelmakäytön varhaisvaiheisiin liittyvän asiointin pääosin tämän laskennan ulkopuolelle.

Päihdetapauslaskennan tiedot on aiemmin kerätty vain paperilomakkeella. Vuoden 2011 laskennassa oli paperilomakkeen lisäksi ensimmäistä kertaa käytössä sähköinen tiedonkeruulomake. Tiedoista 16 prosenttia palautui sähköisesti. Tietoja kerättiin toimintayksiköistä, annetuista palveluista, asiakkaan sosiodemografisista taustatiedoista ja käytetyistä päihteistä. Lisäksi lomakkeessa oli joitain avo- ja laitospalveluihin liittyviä kysymyksiä. Kaikki tutkimusmateriaali oli saatavilla suomen ja ruotsin kielellä.

Päihdetapauslaskennoissa käytettyä lomaketta on muokattu jonkin verran jokaisen laskentakerran yhteydessä. Myös vuoden 2011 lomakkeeseen tehtiin joitain sisällöllisiä muutoksia.² Näiden muutosten sekä sähköisen lomakkeen käyttöönoton takia kyselylomake pilotoitiin kesäkuussa 2011.³ Pilotoinnista saadun palautteen perusteella sähköisen lomakkeen tekninen ympäristö vaihdettiin, kysymysten järjestystä muokattiin ja päihteiden käyttöön liittyvään kysymykseen lisättiin tarkennus siitä, että tiedot koskevat viimeksi kuluneen vuoden aikaista päihteiden käyttöä.

Kattavuuden arvioiminen on yksi päihdetapauslaskennan suurimmista haasteista. Päihdetapauslaskennassa katoa on saattanut syntyä usealla eri tavalla. Kato saattaa olla yksittäisiin asia-

¹ Lokakuun toinen tiistai on valittu laskentapäiväksi, koska tilastojen perusteella tiedetään, että alkoholin kulutus ei silloin ole erityisen korkealla tasolla. Kyseinen päivä ei myöskään profiloidu suomalaisessa juomisen viikkorytmissä erityisen kosteaksi eikä lähellä ole juhlapyhiä, jolloin alkoholin käytön tiedetään lisääntyvän. (Kaukonen 2000, 51; Haavisto & al. 1997, 5.)

² Lomakkeessa oli viisi uutta kysymystä (kysymykset 1, 2, 9, 14, 15). Lomakkeesta poistettiin kysymykset asiakkaan sosiaaliseen asemaan, mahdollisista vammoista sekä siitä, miksi asiakkaan tarvitsemia palveluita ei ole järjestetty avohuollossa. Lomake on saatavilla osoitteessa www.thl.fi/paihdetapauslaskenta.

³ Pilotoinnissa oli mukana kuusi kuntaa. Tietoja saatiin 23 yksiköstä ja 267 päihde-ehdoisesta asiointista. Mukana oli A-klinikoita, päihdeyksiköitä, sosiaalitoimen palveluita sekä asumispalveluita. Perusterveydenhuollon yksiköt sen sijaan jättäytyivät kokonaan pois lomakkeen testauksesta vedoten muun muassa kiireeseen.

kasakohtaisiin tekijöihin liittyvää eli siihen, että ei ole esimerkiksi tunnistettu asiointin olevan päihde-ehdoinen. Katoa on niin ikään saattanut syntyä sen takia, että kokonainen yksikkö on jättänyt vastaamatta. Tämä vastaamatta jättäminen on saattanut olla yksikön aktiivinen valinta. Lisäksi katoa erityisesti päihdehuollon erityispalveluiden osalta saattoi vuonna 2011 aiheuttaa se, että päihdetapauslaskennan päivään sattui valtakunnallinen, laaja päihde- ja mielenterveyshuollon koulutustilaisuus. Tämäntyyppistä katoa on kuitenkin ollut luultavasti myös aikaisemmissa laskennoissa. Yksikössä on saattanut olla esimerkiksi kokouspäivä, koulutuspäivä tai muuta toimintaa, joka on estänyt asiakastyön tekemisen.

On myös mahdollista, että tieto päihdetapauslaskennasta ei ole koskaan saavuttanut yksikköä. Tämä liittyy pitkälti siihen, että Suomessa ei tällä hetkellä ole olemassa kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä kattavaa ja ajantasaisista osoitteistoa, jota olisi voinut hyödyntää tutkimuksessa (vrt. Nuorvala & al. 2008, 667; Nuorvala & al. 2000, 246). Olemmekin joutuneet kokoamaan käytössämme olleen osoitteiston useista eri tietolähteistä.⁴ Käyttämässämme osoitteistossa oli tietoa noin 10 500 toimipaikasta.

Osoitteiston mahdollisia puutteita pyrittiin kompensoimaan aktiivisella ennakkotiedottamisella. Pieniä tietoisuuksia laskennasta julkaistiin nettikirjeissä, nettisivustoilla sekä ammattilehdissä. Lisäksi kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon johtajia lähestyttiin sähköpostitse reilua kuukautta ennen laskentapäivää. Sähköpostissa oli tietoa laskennasta ja sen liitteenä oli PowerPointesitys, jota kunnissa oli mahdollista käyttää apuna laskennan ennakkovalmisteluissa. Päihdetapauslaskennalle avattiin myös oma internet-sivusto (www.thl.fi/paihdetapauslaskenta).

4 Osoitteiston pohjana oli THL:n ylläpitämä toimipaikkarekisteri (Topi). Toimipaikkarekisterin tietoja täydennettiin mm. A-klinikkasäätiöstä, A-killoista (A-kiltojen liitto), päiväkeskuksista (Sininauhaliitto ja kunnalliset toimijat) sekä kirkon diakonia- ja perhetyöstä (Kirkkohallitus) saatujen toimipaikkatietojen avulla. Lisäksi suurimmista kunnista pyydettiin suoraan sosiaali- ja terveydenhuollon osoitetietoja. THL:n Tieto-osastolta saatiin yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien sekä kasvatus- ja perheneuvoloiden osoitetietoja. Tietojen tarkistuksessa apuna käytettiin Sosiaali- ja terveydenhuollon hakemistoa 2011 sekä kuntien ja yksiköiden omia nettisivuja. Tarkistuksista huolimatta lopulliseen osoitetiedostoon jäi päällekkäisiä tietoja. Käytännössä päällekkäisyys tarkoitti sitä, että käytössämme ei ole ollut tarkkaa tietoa yksiköiden lukumäärästä. Vuoden 2007 osoitetiedostossa tietoja oli noin 7 000 toimipaikasta.

Aineistossa on tietoja 11 738 päihteisiin liittyvästä asiointista. Asiointien lukumäärä näyttäisi pysyneen samalla tasolla kuin vuosien 2007 (n = 12 070) ja 2003 (n = 10 953) laskennoissa (Nuorvala & al. 2008, 659; Nuorvala & al. 2004, 610).

Yksikön sijaintikunnan mukaan tarkasteluna tietoja saatiin 282 kunnasta ja asiakkaan kotikunnan mukaan tarkasteltuna 312 kunnasta. Ainoastaan kahdeksasta kunnasta ei saatu tietoja lainkaan. Nämä kunnat olivat pieniä ja osa niistä oli ruotsinkielisiä. Koska osoitteistossa oli mukana reilut 10 500 toimipaikkaa ja tietoja saatiin valtaosasta Suomen kuntia, voitaneen sanoa, että päihdetapauslaskennan kattavuus on tässä suhteessa hyvä, vaikka asiakasakohtaista valikoitavuutta onkin saattanut olla. Aineisto antaa näin ollen hyvän pohjan työnjaolliselle vertailulle.

Vastanneiden yksiköiden kokonaismäärää ei ole mahdollista saada yksikkötietojen hyvin vaihtelevien kirjaamiskäytäntöjen vuoksi. Sen sijaan reilut 4 300 toimipaikkaa ilmoitti, että heillä ei tutkimusajankohtana ollut päihteisiin liittyviä asiointejä. Näistä toimipaikoista hieman yli puolet (53 %) oli avohoidon yksiköitä. Pääosa ”ei tapauksia”-ilmoituksista tuli yleisistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Erityisen monet vanhainkodit ja vanhusten palveluasumisyksiköt sekä terveysasemat ilmoittivat, että toimipisteessä ei ollut lainkaan päihde-ehdoisia asiointejä laskentavuorokauden aikana. Myös useilta yksityisiltä lääkärisasemilta ja sairaaloilta tuli tieto siitä, että päihde-ehdoisia asiointejä ei ollut.

Taulukosta 1 nähdään, että asiakkaan kotikunnan mukaan tarkasteltuna päihde-ehdoisista asioinneista 34 prosenttia (n = 3 934) oli tehty Uudellamaalla. Sekä Pirkanmaalla että Varsinais-Suomessa oli tehty noin kymmenen prosenttia kaikista päihde-ehdoisista asioinneista. Vähiten päihde-ehdoisia asiointejä oli tehty Ahvenanmaalla (0,2 %).

Maakunnan väkilukuun suhteutettuna näyttäisi siltä, että eniten päihde-ehdoisia asiointejä oli tehty Kymenlaaksossa. Uudellamaalla päihde-ehdoisia asiointejä oli tehty 10 000:ta asukasta kohden 25,5 ja Varsinais-Suomessa 25,1. Vähiten päihde-ehdoisia asiointejä oli tehty Ahvenanmaalla (6,4 asiointia/10 000 asukasta) ja Pohjanmaalla (8,7 asiointia/10 000 asukasta). Keskimäärin Suomessa tehtiin laskentapäivänä asiakkaan kotimaakunnan mukaan tarkasteltuna 21,3 päihde-ehdoista asiointia 10 000:ta asukasta koh-

Taulukko 1. Päihde-ehdotin asiointi asiakkaan kotimaakunnan mukaan ja alkoholijuomien tilastoitu myynti litroina 100-prosenttista alkoholiasukas vuonna 2011.

Maakunta	Päihde-ehdoisia asiointeja / 10 000 asukasta	Alkoholijuomien tilastoitu myynti litraa/asukas 100 %:n alkoholina	Asiointien lukumäärä	Asiointien osuus koko aineistosta (%)
Kymenlaakso	26,8	8,6	489	4,3
Uusimaa	25,5	8,1	3 934	34
Varsinais-Suomi	25,1	8,2	1 169	10
Päijät-Häme	24,4	8,9	494	4,3
Pirkanmaa	24	8	1 176	10,3
Etelä-Savo	22	9,7	339	3
Keski-Suomi	20,8	8,1	569	5
Satakunta	19,8	8,3	450	3,9
Kanta-Häme	18,5	8,5	324	2,8
Etelä-Karjala	18	9,4	241	2,1
Pohjois-Karjala	17,8	7,8	295	2,6
Lappi	17,7	11,2	324	2,8
Pohjois-Savo	16,7	8,7	413	3,6
Kainuu	15,8	9,1	129	1,2
Pohjois-Pohjanmaa	15,2	7,5	603	5,3
Etelä-Pohjanmaa	14,4	6,8	279	2,4
Keski-Pohjanmaa	9,8	7,2	67	0,6
Pohjanmaa	8,7	5,9	155	1,4
Ahvenanmaa	6,4	6	18	0,2
Koko maa	21,3	8,2	11 712	99,8

*Lähde: Alkoholijuomien kulutus 2011, 5.

den. (Taulukko 1, ks. myös taulukko 2.)

Etenkin siellä, missä päihde-ehdoisten asiointien määrä oli alhainen, oli myös alkoholin myynti keskimääräistä vähäisempää. Tämä näkyy erityisesti Pohjanmaan alueen maakunnissa ja Ahvenanmaan maakunnassa. Lapissa alkoholin tilastoitu myynti oli reilut 11 litraa. Lapissa ei kuitenkaan päihde-ehdoisten asiointien määrä ollut erityisen suuri. Tämä selittyy siitä, että Lapissa tilastoidun alkoholin myyntiä kohottavat muun muassa Suomesta vientinä suuntautunut rajakauppa ja matkailu (Alkoholijuomien kulutus 2011, 5). Kymenlaaksossa, jossa päihde-ehdoisia asiointeja oli eniten, myös alkoholin myynti oli suurempi kuin Suomessa keskimäärin.

Alkoholin myynti ei kuitenkaan ole ainoa maakuntien päihde-ehdoisten asiointien erojen selittäjä. Myös palvelujen tarjonta ja saatavuus ovat olennaisia tekijöitä. Esimerkiksi Etelä-Karjalassa tai savolaismaakunnissa voisi kulutuksen pe-

rusteella olla enemmänkin päihde-ehdoisia asiointeja. Näin ei kuitenkaan ole, koska palveluja ei ole tarjolla tai koska ne eivät tavoita potentiaalisia asiakkaita.

Päihteisiin liittyvä asiointi palvelujärjestelmässä

Eri vuosina tehtyjen päihdetapauslaskentojen aineistojen rinnakkaisella tarkastelulla on mahdollista kuvata joitain palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia. Yrjö Nuorvala kollegoineen toteaa vuoden 2003 päihdetapauslaskennan aineistoa raportoidessaan, että päihdehuollon erityis- palveluissa asioiminen on lisääntynyt kaikissa laskennoissa. Toinen selkeä trendi näyttäisi olevan se, että päihde-ehdotin asiointi terveydenhuollossa on pysynyt tasaisena vuodesta 1995 lähtien. (Nuorvala & al. 2004.)

Kuviossa 1 tarkastellaan päihde-ehdoisen asiointin jakautumista terveydenhuoltoon, sosiaalipalveluihin, päihdehuollon erityispalveluihin, asumispalveluihin ja muihin palveluihin 2000-luvulla.⁵ Erityisasumispalvelut/-laitokset ovat muodostaneet historiallisesti suuren osuuden palveluista, minkä vuoksi on perusteltua, että asumispalvelut on tässä analyysissä erotettu omaksi kokonaisuudekseen. Asumispalvelut voivat sisältää tukiasumista, palveluasumista tai tehostettua palveluasumista (ks. esim. Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen 2012, 9).

Päihdetapauslaskennoissa suuri osa päihteisiin liittyvistä asioinneista on aikaisempina vuosina tehty päihdehuollon erityispalveluihin. Tämä näkyy hyvin vuoden 2007 laskenta-aineistossa, jossa päihde-ehdoisia asiointoja oli tehty selvästi enemmän päihdehuollon erityispalveluihin kuin muihin palvelukokonaisuuksiin. Vuoden 2011 aineistossa tilanne on kuitenkin hiekan toinen. Päihdehuollon erityispalveluihin ja terveydenhuoltoon tehtyjen päihde-ehdoisten asiointien osuus kaikista laskentavuorokauden aikana tehdyistä päihde-ehdoisista asioinneista oli suurin piirtein sama (32 %). Absoluuttisesta tarkasteltuna terveydenhuollon palveluihin tehtiin lähes 100 päihde-ehdoista asiointia enemmän kuin päihdehuollon erityispalveluihin. Terveydenhuoltoon tehtyjen päihde-ehdoisten asiointien määrä on kasvanut kaikissa 2000-luvulla tehdyissä päihdetapauslaskennoissa. (Kuvio 1.) Vaikka terveydenhuoltoon liittyvien päihde-ehdoisten asiointien määrä on kasvanut, on kuitenkin oletettavaa, että erityisesti päihteiden riskikuluttajien osalta aineistossa on aliraportointia.

Päihdetapauslaskennassa näkyy sama kehitys päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärissä viime vuosien osalta kuin rekisteri- ja tilastotiedoissa: asiakasmäärä vähenee. Tältä osin tilastotieto siis tukee päihdetapauslaskennan tuloksia. Päihdesairauksien takia sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrät ovat tilastojen mukaan niin ikään vähenemään päin. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 105–106.) Päihdetapauslaskennoissa trendi terveydenhuollossa on kuitenkin ollut toinen.

Yksi selittävä tekijä tälle lienee se, että toistaiseksi terveydenhuollon tilastotiedot kertovat ainoastaan laitospalveluiden tilanteen, kun taas päihdetapauslaskennassa mukana ovat myös avopalvelut. Toisaalta sivudiagnooseina esiintyviä päihdediagnooseja ei ehkä aina kirjata, jolloin ne eivät näy tilastoissa. Päihdetapauslaskennassa näkyvän terveydenhuollon käyntien lisääntymisen takana voi olla myös se, että sosiaali- ja terveyspalveluiden sisällä muun muassa avokatkaisutoimintaa on yleisesti siirretty terveyskeskusten tehtäväksi.

Terveydenhuoltoon tehtiin enemmän asiointeja kuin sosiaalipalveluihin, kun asumispalvelut on erotettu omaksi luokakseen. Näin tarkasteltuna sosiaalipalveluihin tehtyjen päihde-ehdoisten asiointien määrä on pysynyt jokseenkin muuttumattomana 2000-luvulla tehdyissä päihdetapauslaskennoissa. Asumispalveluissa päihde-ehdoisen asiakkuus on sen sijaan lisääntynyt.

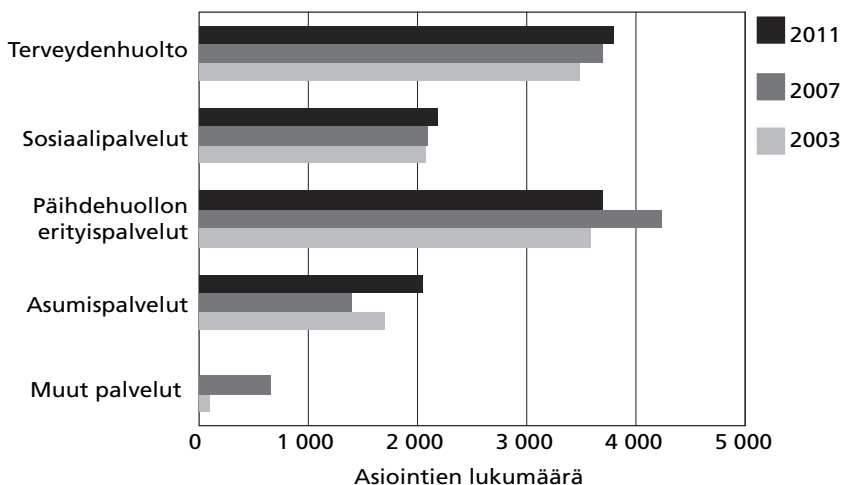
Ristiintaulukoimalla yksikön maakunta ja edellä mainitut palvelutyyppi⁶ voidaan tarkastella sitä, miten päihde-ehdoiset asiointit kohdistuivat eri palveluihin eri alueilla. Näin saadaan rakennettua ymmärrystä siitä, minkälainen työnjako päihdeasiakkaiden hoitamisessa oli eri puolilla Suomea ja mitkä olivat järjestelmän painopisteet. Tämä kuvastaa samalla olemassa olevien palveluiden tarjontaa.

Taulukossa 2 maakunnat on järjestetty siten, että alussa ovat maakunnat, joissa työnjaon painopiste oli terveydenhuollossa. Tämän jälkeen taulukkoon on listattu ne maakunnat, joissa työnajan painopiste oli päihdehuollon erityispalveluissa. Taulukon lopussa on kaksi maakuntaa, jotka poikkesivat edellisestä jaottelusta. Tässä tarkastelussa olemme tulkinneet työajan painopisteen olevan siinä palvelutyypissä, johon laskentavuorokauden aikana oli kohdistunut eniten päihteisiin liittyviä asiointoja. Taulukossa kyseinen luku on lihavoitu kunkin maakunnan kohdalla.

Taulukosta 2 nähdään, että suuressa osassa maakunnista työnjaon painopiste oli terveydenhuollossa. Terveydenhuoltopainotteisia palveluita oli etenkin niissä maakunnissa, joissa väestömäärä laskee ja näin ollen myös palvelujen tarjonta kaventuu. Erityisen vahvasti tämä tuli esiin Pohjois-Savossa, jossa 56 prosenttia päihteisiin

5 Vuonna 2013 tulossa olevassa artikkelissa (Kuussaari & Partanen & Stenius) olemme käyttäneet jaottelua, jossa asumispalvelut ovat osa sosiaalipalveluita.

6 Muissa palveluissa oli vuonna 2011 niin vähän tapauksia, että sen mukaan ottaminen taulukkoon ei ollut relevanttia.



Kuvio 1. Päihde-ehdotin asiointi terveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa, päihdehuollon erityispalveluissa, asumispalveluissa ja muissa palveluissa 2003, 2007 ja 2011 (n).

Taulukko 2. Päihde-ehdotin asiointi terveydenhuoltoon, yleisiin sosiaalipalveluihin, päihdehuollon erityispalveluihin ja asumispalveluihin maakunnittain vuonna 2011 (%).

	Terveydenhuolto	Yleiset sosiaalipalvelut	Päihdehuollon erityispalvelut	Asumispalvelut
Ahvenanmaa (n=19)	68	32	0	0
Pohjois-Savo (n=519)	56	24	16	5
Keski-Pohjanmaa (n=73)	47	20	22	11
Etelä-Pohjanmaa (n=302)	44	27	15	15
Etelä-Karjala (n=231)	40	12	28	20
Pirkanmaa (n=1 192)	39	19	22	20
Satakunta (n=480)	36	25	32	7
Pohjois-Karjala (n=308)	35	29	13	21
Pohjois-Pohjanmaa (n=588)	35	23	24	18
Päijät-Häme (n=475)	34	28	23	15
Lappi (n=344)	33	28	29	10
Kymenlaakso (n=486)	17	14	49	20
Pohjanmaa (n=165)	24	18	45	14
Varsinais-Suomi (n=1 167)	29	17	41	13
Uusimaa (n=3 978)	29	13	37	21
Keski-Suomi (n=535)	28	18	36	17
Kanta-Häme (n=369)	25	24	35	16
Kainuu (n=122)	33	48	7	12
Etelä-Savo (n=359)	27	25	27	21

liittyvästä asioinneista oli tehty terveydenhuollon palveluihin. Myös Keski-Pohjanmaalla (47 %), Etelä-Pohjanmaalla (44 %) ja Etelä-Karjalassa (40 %) terveydenhuoltoon oli tehty selvästi enemmän päihde-ehdoisia asiointoja kuin muihin palvelukokonaisuuksiin. Lisäksi Ahvenanmaalla suurin osa näistä asioinneista oli tehty terveydenhuoltoon. Ahvenanmaan vähäisen tapausmäärän (n = 19) vuoksi tulos on kuitenkin ainoastaan suuntaa antava.

Kuudessa maakunnassa päihteisiin liittyvät asiointit olivat selvästi painottuneet päihdehuollon erityispalveluihin. Kymenlaaksossa tehdyistä asioinneista lähes puolet (49 %) oli tehty päihdehuollon erityispalveluihin. Pohjanmaalla päihde-ehdoisista asioinneista 45 prosenttia ja Varsinais-Suomessa 41 prosenttia tehtiin päihdehuollon erityispalveluihin.

Kainuun päihdepalvelujärjestelmä profiloituu tässä tarkastelussa omaksi kokonaisuudekseen, jonka ytimessä ovat yleiset sosiaalipalvelut. Kainuussa sosiaalipalveluihin tehtiin selvästi enemmän päihde-ehdoisia asiointoja (48 %) kuin missään muussa maakunnassa. Asiointit kohdistuivat pääsääntöisesti yleiseen sosiaalityöhön ja kotihoitoon.

Etelä-Savossa päihde-ehdoiset asiointit jakautuivat tasaisesti terveydenhuoltoon (26 %), sosiaalipalveluihin (25 %), päihdehuollon erityispalveluihin (27 %) ja asumispalveluihin (21 %). Näin ollen oli mahdotonta nimetä yhtä vallitsevaa palvelutyyppiä. Etelä-Savon päihdepalveluiden järjestelmä edustaakin tässä kuvauksessa tasaisen työnjaon järjestelmää. Myös Satakunnassa ja Lapissa asiointit olivat jakaantuneet verrattain tasaisesti eri palvelutyyppien välillä, joskin asumispalveluihin tehtyjä päihde-ehdoisia asiointoja oli huomattavasti vähemmän.

Asumispalveluiden osalta on todettava, että vaikka asumispalvelut eivät millään alueella olleet vallitsevia palveluita siten, että selvästi suurin osa päihteisiin liittyvistä asioinneista olisi kohdistunut niihin, on niillä kuitenkin merkittävä rooli päihdepalvelujärjestelmien kokonaisuudessa. Uudellamaalla, Pirkanmaalla, Kymenlaaksossa, Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa reilu viidesnes päihde-ehdoisista asioinneista tehtiin asumispalveluihin. Ainoastaan Pohjois-Savossa ja Satakunnassa asumispalveluihin tehtiin vain vähän päihde-ehdoisia asiointoja.

Päihdepalvelujärjestelmä sukupuolen ja iän mukaan tarkasteltuna

Sukupuolittain tarkasteltuna näyttää siltä, että naisilla hieman miehiä suurempi osuus päihteisiin liittyvistä asioinneista kohdistui terveydenhuoltoon (naiset 35 %, miehet 31 %) ja sosiaalipalveluihin (naiset 21 %, miehet 18 %). Päihdehuollon erityispalveluihin tehdyissä asioinneissa ei ollut eroja sukupuolten välillä. Sen sijaan asumispalveluissa ero oli selvä. Miesten päihteisiin liittyvistä asioinneista viidesnes kohdistui asumispalveluihin, kun naisista tällaisia asiakkuuksia oli 12 prosentilla.

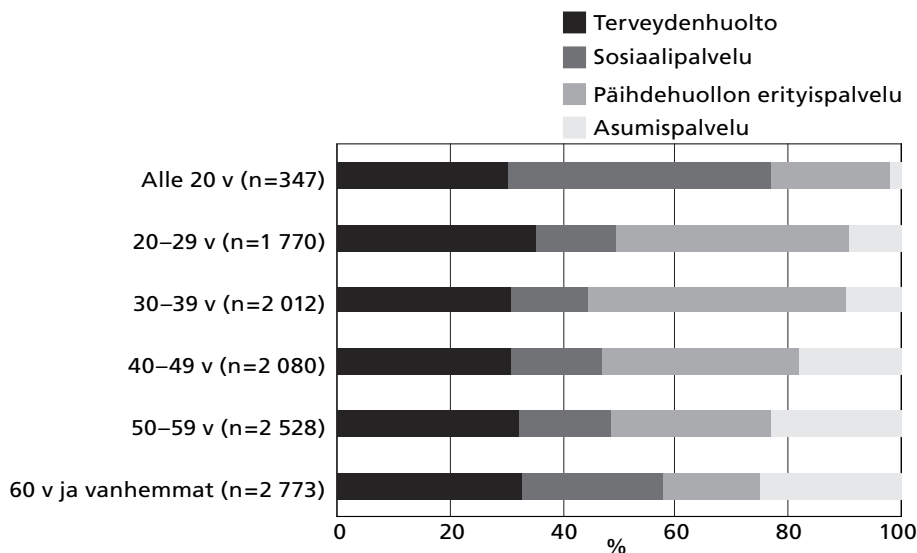
Kuviosta 2 nähdään, miten eri-ikäisten päihde-ehdoiset asiointit jakautuvat eri palvelukokonaisuuksiin. Alle 20-vuotiaiden päihteisiin liittyvistä asioinneista suurin osa kohdistui sosiaalipalveluihin ja siellä erityisesti lastensuojeluun. Päihdehuollon erityispalveluilla oli merkittävä rooli 20–39-vuotiaiden ikäryhmässä, kun taas asumispalveluihin kohdistuva päihteisiin liittyvä asiointi lisääntyi iän myötä.

Mielenkiintoinen havainto on, että terveydenhuoltoon kohdistui kaikissa ikäluokissa noin kolmannes päihde-ehdoisista asioinneista.

Päihde-ehdotin asiointi terveydenhuollossa

Aikaisemmissa päihdetapauslaskennoissa on terveydenhuollon palveluiden osalta havaittavissa joitain muutoksia siinä, mihin terveydenhuollon palveluihin päihteisiin liittyvät asiointit ovat kohdistuneet. Keskeinen muutos terveydenhuollon sisällä tapahtui vuosina 1995 ja 1999, jolloin päihde-ehdotin asiointi kohdistui aikaisempaa vahvemmin psykiatriisiin sairaaloihin. Vuonna 1999 kaikista terveydenhuollon päihde-ehdoisista asioinneista psykiatriisiin sairaaloihin kohdistui lähes puolet. (Nuorvala & al. 2000, 247.) Vuoden 2003 laskennassa tilanne oli kuitenkin tasaantunut ja vuonna 2007 päihde-ehdoiset asiointit lisääntyivät somaattisessa terveydenhuollossa (Nuorvala & al. 2008, 660).

Kuviosta 3 nähdään, miten päihde-ehdotin asiointi on jakaantunut terveydenhuollon eri palveluihin 2000-luvulla tehdyissä päihdetapauslaskennoissa. Kuten edellä jo todettiin, terveydenhuoltoon kohdistui vuonna 2011 kaiken kaikkiaan hieman enemmän päihde-ehdoisia asiointoja kuin aikaisemmissa laskennoissa. Päihde-ehdoiset asiointit näyttäisivät lisääntyneen terveyskeskusten avohoidossa, jossa asiointoja oli vuonna 2011



Kuvio 2. Päihde-ehdotin asiointi ikäryhmittäin terveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa, päihdehuollon erityispalveluissa ja asumispalveluissa (%).

reilu viidennes enemmän kuin vuonna 2007. Terveyskeskuksen avohoidossa on mukana tavallisten terveyskeskuskäyntien lisäksi muun muassa hammashuoltoa, neuvolapalveluita, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa sekä työterveyshuoltoa. Lisäksi mielenterveyshoitajien ja päihdehoitajien terveyskeskuksissa tekemä työ on tässä luokassa. Myös terveyskeskuksen vuodeosastoilla päihde-ehdotin asiakkuus oli lisääntynyt jonkin verran edelliseen laskentakertaan verrattuna, mutta lisäys oli selvästi maltillisempi kuin avopalveluissa. Kotisairaanhoidon osalta tilanne on pysynyt lähes edellisvuosien kaltaisena.

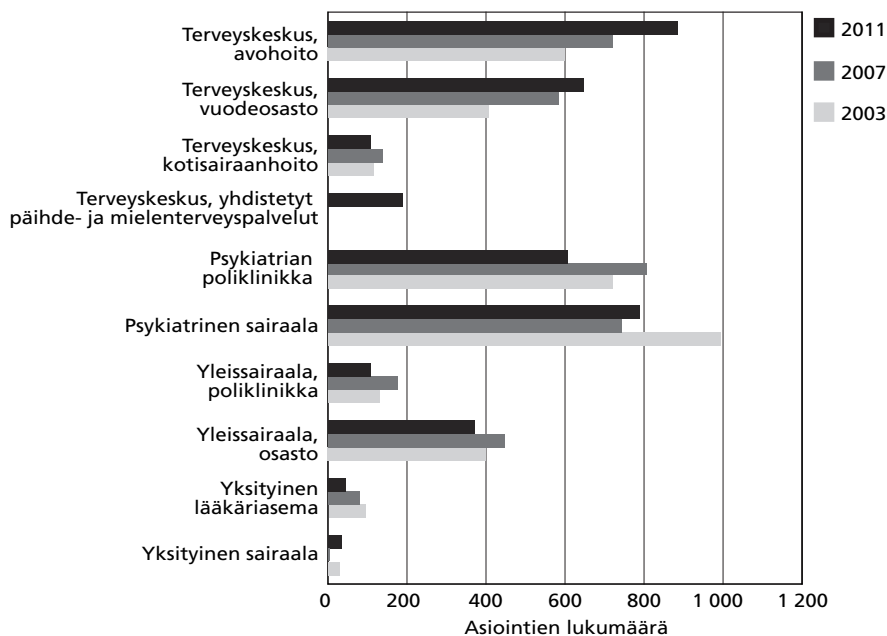
Mielenterveyspalveluiden osalta luokituksessa tehtiin muutoksia vuonna 2011. Aikaisemmissa kyselyissä mielenterveystoimistot ovat olleet mukana erillisenä kategoriana. Tämä luokka kuitenkin poistettiin vuoden 2011 kyselylomakkeesta, koska palvelurakenteessa erikoissairaanhoidon avohoito on yhä useammin nimetty psykiatrian poliklinikkatoiminnaksi aikaisemmin yleisesti käytetyn mielenterveystoimistonimityksen sijaan.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009) mukaisesti joissakin kunnissa terveyskeskusten mielenterveyspalvelut ja päihdepalvelut on yhdistetty ja tälle palvelukokonaisuudelle tehtiin oma luokkansa vuoden 2011 laskennassa. Lisäksi on perustettu psykiatrisen erikoissairaanhoidon

ja päihdehoidon yhdistettyjä palveluita. Nämä on päihdetapauskennassa luokiteltu psykiatrian poliklinikoiksi tai psykiatrisiksi sairaaloiksi.

Edellisen perusteella, ja tietojen vertailtavuutta parantaaksemme, olemme kuviossa 3 yhdistäneet mielenterveystoimistojen asioinnit vuosilta 2003 ja 2007 psykiatrian poliklinikoiden asiointeihin. Kumpainakin vuonna mielenterveystoimistoihin tehtiin noin 450 päihteisiin liittyvää asiointia laskentavuorokauden aikana. Vuoden 2011 laskennassa nämä asiakkuudet ovat jakautuneet todennäköisesti sekä psykiatrian poliklinikkoihin että terveyskeskusten yhdistettyihin päihde- ja mielenterveyspalveluihin tai terveydenhuollon avopalveluihin. Terveyskeskusten avopalveluista löydettiin noin 80 mielenterveystyöhön painotunutta päihde-ehdotin asiointia, ja terveyskeskusten yhdistetyissä päihde- ja mielenterveyspalveluissa päihde-ehdotin asiointeja oli noin 200. Suurin osa näistä yhdistetyistä palveluista oli avohoitoa ja noin viidennes laitoshoidoa.

Psykiatrisessa hoidossa suurin osa päihde-ehdotin asiointeista kohdistui laitospalveluihin. Psykiatrisissa sairaaloissa päihteisiin liittyvät asioinnit olivat lisääntyneet muutamalla kymmenellä (n = 51) vuoteen 2007 verrattuna. Sen sijaan psykiatrian poliklinikoiden päihde-ehdotin asiointien määrä oli laskenut edelliseen laskentakertaan nähden.



Kuvio 3. Päihde-ehdotin asiointi terveydenhuollossa vuosina 2003, 2007 ja 2011 (n).

Yleissairaaloissa tapahtuneiden päihde-ehdotin asiointien määrä on vähentynyt edelliseen laskentakertaan verrattuna jonkin verran sekä poliklinikoilla että osastoilla. Vuonna 2011 yleissairaaloihin kohdistui noin 500 päihde-ehdotin asiointia laskentavuorokauden aikana. Suurin osa näistä asioinneista tehtiin laitoshoidon. Yleissairaaloiden luokkaan on koodattu kaikki muu kuin psykiatriaan kohdistuva erikoissairaanhoidotasoinen hoito.

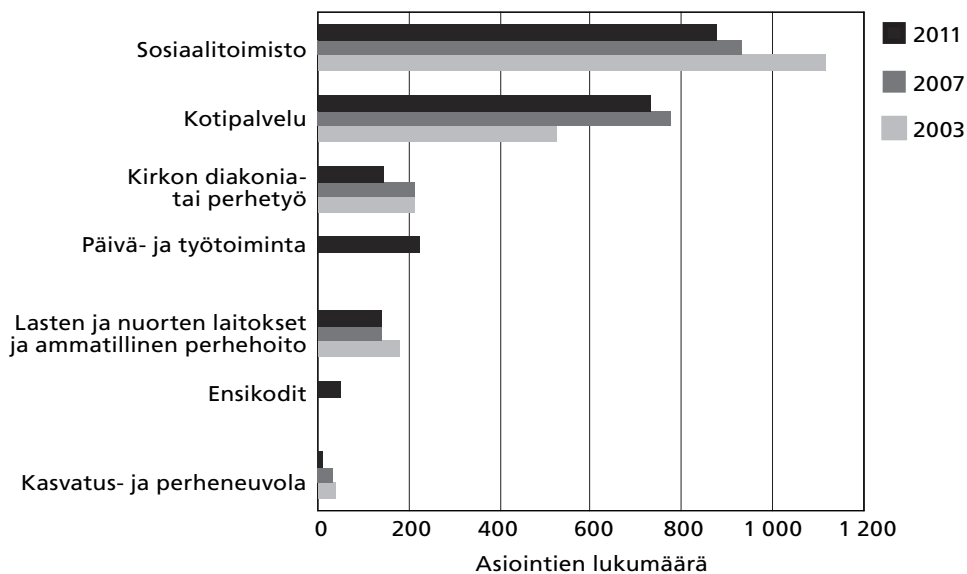
Kuten kuviosta 3 nähdään, yksityisestä terveydenhuollosta saadaan ainoastaan vähän tietoa päihdetapauslaskentaan. Tämä saattaa kertoa siitä, että ne päihdeiden ongelmakäyttäjät, jotka päihdetapauslaskenta tavoittaa, eivät juuri asioi yksityisessä terveydenhuollossa, vaan asiointi kanavoituu enemmän julkisiin palveluihin.

Päihde-ehdotin asiointi sosiaalipalveluissa

Tässä tarkastelussa sosiaalipalveluihin kuuluvat sosiaalitoimistojen tuottamat palvelut (ml. lastensuojelu), kotipalvelu, kirkon diakonia- ja perhetyö, päivä- ja työtoiminta, lasten ja nuorten laitokset ja ammatillinen perhehoito, ensikodit sekä kasvatus- ja perheneuvolat. Myös asumis- ja palvelut kuuluvat hallinnollisesti sosiaalipalveluihin, mutta kuten aikaisemmin on jo todet-

tu, asumis- ja palveluja tarkastellaan tässä analyysissä omana kokonaisuutena. Aikaisempien vuosien päihdetapauslaskentojen tulosten raportoinnissa kirkon diakonia- tai perhetyö on ollut osa muita palveluita (esim. Nuorvala & al. 2008, 660). Koska työ on luonteeltaan kuitenkin sosiaalityön kaltaista, on se tässä tarkastelussa nostettu osaksi sosiaalipalveluiden kokonaisuutta. Erilainen päivä- ja työtoiminta sekä ensikotien toiminta nousivat esiin ”muu, mikä” -vastausten kautta, ja ne luokiteltiin omiksi kokonaisuuksiksi. Aiemmassa raportoinnissa ne on luokiteltu muihin palveluihin.

Näin luokiteltuna sosiaalipalveluiden päihde-ehdotin asiointien kokonaismäärissä ei ole juuri tapahtunut muutoksia 2000-luvulla. Sen sijaan joitain rakenteellisia muutoksia on kuitenkin havaittavissa. Suurin osa päihde-ehdotin asioinneista sosiaalipalveluissa kohdistui sosiaalitoimistojen palveluihin. Näin oli myös vuosien 2003 ja 2007 laskennoissa. Vuoden 2011 laskentavuorokauden aikana sosiaalitoimistoihin tehtiin lähes 880 päihde-ehdotin asiointia (kuvio 4). Tämä on kuitenkin huomattavasti vähemmän kuin vuonna 2003. Voidaankin kysyä, onko sosiaalitoimistojen palveluiden saavutettavuus heikentynyt päihdeasiakkaiden osalta.



Kuvio 4. Päihde-ehdotin asiointi sosiaalipalveluissa vuosina 2003, 2007 ja 2011 (n).

Vuonna 2011 kotipalveluissa oli reilut 700 päihde-ehdoista asiakkuutta laskentavuorokauden aikana. Määrä on suurin piirtein edellisen laskennan tasolla eikä samantyyppistä nousua enää ollut havaittavissa kuin vuodesta 2003 vuoteen 2007. Kotipalvelut ja kotisairaanhoidon on nykyään useissa kunnissa integroitu kotihoidon kokonaisuudeksi, joka sisältää perinteisen sosiaalihuollollisen orientaation lisäksi myös sairaanhoidolliset palvelut. Kotihoito onkin oiva esimerkki siitä, miten palveluiden sisällöt ja näin myös rakenteet muuttuvat. Vuoden 2011 analyysissä erottelu kotipalveluun ja kotisairaanhoidon saattaakin olla hieman keinotekoinen, koska esimerkiksi hoitoyksiköiden nimien perusteella voidaan olettaa kotihoidon lisääntyneen huomattavasti. Tämä muutos onkin syytä huomioida jatkossa myös päihdetapauslaskennassa, jotta saadaan realistisempi kuva palvelurakenteen tästä kohdasta.

Päihde-ehdoiset asiointit kirkon diakonia- ja perhetyössä olivat vähentyneet hieman edelliseen laskentakertaan verrattuna. Erilaisille kohderyhmille tarkoitettu päivä- ja työtoiminnassa oli parisataa päihde-ehdoista asiointia. Tämän tyyppinen palvelutoiminta nousi esiin toimintayksikkötyyppiluokittelun kohdasta ”muu, mikä” ja kertoo siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon

palvelurakenteessa on tämäntyyppisiä palveluita tarjolla ja että näille palveluille on myös kysyntää.

Lasten ja nuorten laitoksissa ja ammatillisen perhehoidon piirissä päihde-ehdoista asiakkuuksia oli laskentavuorokauden aikana noin 140. Aikaisemmissa laskennoissa kohteena ovat olleet ainoastaan lastensuojelulaitokset, mutta nyt tämän luokan sisältö laennettiin koskemaan myös ammatillista perhehoitoa. Yllättävää kyllä tämän sisällöllisen muutoksen myötä päihde-ehdoisten asiakkuuksien määrä ei juuri muuttunut edellisestä laskentakerrasta. Toisaalta lastensuojelulaitoksiin tai perhehoitoon sijoitettujen lasten ja nuorten kohdalla sijoitusta ei aina tehdä lapsen tai nuoren oman päihteen käytön takia, vaan taustalla on etenkin lasten osalta pikemminkin vanhempien päihteen käyttöön liittyviä ongelmia (esim. Heino & Säkkinen 2011, 37).

Lapsiperheiden palveluita edustavat päihdetapauslaskennassa myös ensikotien palvelut sekä kasvatus- ja perheneuvolojen toiminta. Ensikodit on tässä analyysissä huomioitu omana kokonaisuutenaan. Aikaisemmissa analyysissä ensikotien päihde-ehdoiset asiakkuudet oli luokiteltu muihin palveluihin. Ensikodeissa oli laskentavuorokauden aikana reilut 50 päihde-ehdoista asiakkuutta. Kasvatus- ja perheneuvoloissa näitä asiointeja oli ainoastaan muutama.

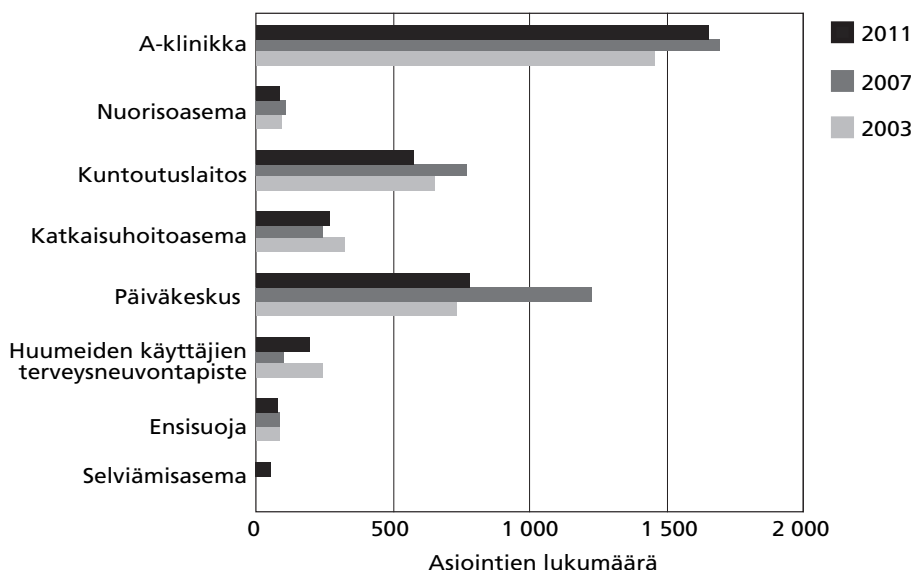
Päihde-ehdotoin asiointi päihdehuollon erityis- palveluissa

Päihdehuollon erityispalveluihin tehtiin laskentavuorokauden aikana noin 3 700 päihde-ehdotusta asiointia (kuvio 5). Tämä on reilu 10 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2007. Kuten aikaisemminakin vuosina suurin osa asiointeista kohdistui A-klinikoille, joille vuonna 2011 tehtiin 1 660 päihde-ehdotusta asiointia. A-klinikoille tehtyjen asiointien määrä oli suurin piirtein samalla tasolla kuin vuonna 2007. Verrattaessa A-klinikoille tehtyjen päihde-ehdotusten asiointien määrää vuoteen 2003 huomataan, että vuosien 2007 ja 2011 laskennoissa ollaan kaiken kaikkiaan jonkin verran korkeammalla tasolla. A-klinikoita koskevat valtakunnalliset tilastotiedot tukevat havaintoa. A-klinikoiden asiakasmäärät ovat laskeneet hieman (n. 4 %) vuodesta 2007 vuoteen 2010. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 106.) Nuorisoasemien päihde-ehdotiset asiointit näyttäsivät pysyneen suurin piirtein samalla tasolla vuonna 2011 kuin ne ovat olleet aikaisemmissa 2000-luvulla tehdyissä laskennoissa. Tilastotietojen osalta nuorisoasemien asiakasmäärät olivat lisääntyneet jonkin verran (n. 6 %) vuodesta 2007 vuoteen 2010 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 106).

Päihdehuollon kuntoutuslaitosten osalta näyttää siltä, että päihde-ehdotiset asiointit olivat vuo-

den 2011 laskennassa alhaisemmalla tasolla kuin aiemmissa 2000-luvulla tehdyissä päihdetapauskaskennoissa. Tuoreessa laskennassa päihde-ehdotisia asiakkuuksia päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa oli laskentavuorokauden aikana reilu 570. Tämä on jopa neljänneksen vähemmän kuin vuonna 2007. Kuntoutuslaitosten osalta myös tilastotiedot kertovat siitä, että asiakasmäärät ovat laskeneet (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 106). Sen sijaan katkaisuhoidossa asiointimäärät olivat lisääntyneet päihdetapauskaskennan aineiston mukaan edelliseen laskentakertaan verrattuna lähes 10 prosenttia. Myös tilastotiedot tukevat tätä havaintoa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 106).

Nimenomaan päihdeasiakkaille kohdistetun päiväkeskustoiminnan osalta näyttää siltä, että päihde-ehdotusten asiointien määrä oli tippunut huomattavasti edelliseen laskentakertaan verrattuna. Päiväkeskusten osalta valtakunnallista tilastotietoa päiväkeskuksissa asioivien kokonaismäärästä ei ole saatavilla, joten emme voi tehdä vertailua. Vuoden 2003 päihdetapauskaskennassa päiväkeskuksiin tehtyjen päihdeasiointien liittyyvien asiointien vähäistä määrää selitettiin muun muassa puutteellisilla osoitetiedoilla (Nuorvala & al. 2008, 660). Tuoreessa laskennassa osa asiointimäärän vähenemisestä saattaa selittyä siitä, että reilu 200 asiointia on kirjattu päivä- ja työtoi-



Kuvio 5. Päihde-ehdotoin asiointi päihdehuollon erityispalveluissa vuosina 2003, 2007 ja 2011 (n).

minnan luokkaan (ks. kuvio 4), jossa toiminnan kohderyhmä on ollut laajempi kuin ainoastaan päihteiden käyttäjät. Kun kaikki päiväkeskus- ja työtoiminta lasketaan yhteen, saadaan hieman yli 1 000 päihteisiin liittyvää asiointia, joka on kylä lähempänä vuoden 2007 lukua, mutta kuitenkin alhaisempi.

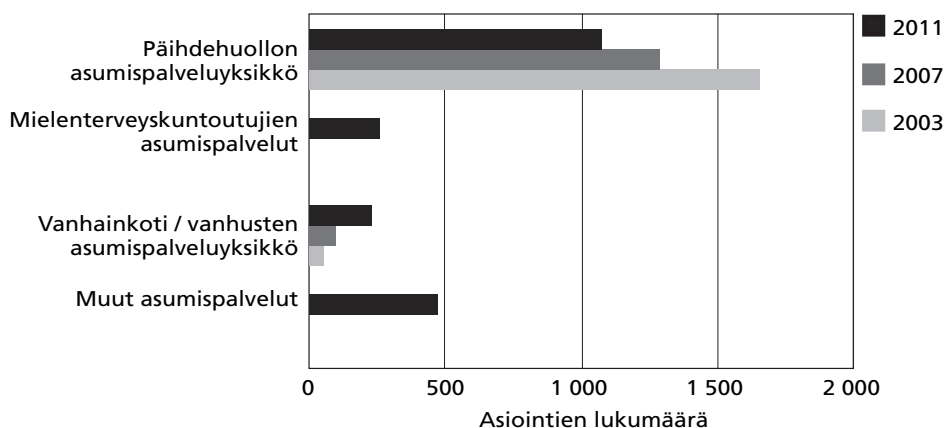
Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet tarjoavat matalan kynnyksen palveluita, joissa anonyymina asioiminen on mahdollista. Laskentavuorokauden aikana saatiin huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteistä tietoja noin 200 asiointista. Tämä on enemmän kuin vuonna 2007 ja suurin piirtein samalla tasolla vuoden 2003 tietojen kanssa. Aliraportoinnista kertoo kuitenkin se, että tilastotietojen mukaan terveysneuvontapisteiden asiointien määrä on nykyään huomattavasti suurempi kuin vuonna 2003 (Peruspalvelujen tila -raportti 2012, 127).

Ensisuojien päihde-ehdoissa asiointimäärissä ei ole tapahtunut juuri muutoksia 2000-luvulla. Kaikissa kolmessa päihdetapauskennassa ensisuojiin oli tehty reilut 80 päihde-ehdoista asiointia laskentavuorokauden aikana. Valtakunnallisten tilastojen mukaan ensisuojien asiakasmäärä on kuitenkin kasvanut vuodesta 2007 vuoteen 2010, joten tältä osin tiedot eivät ole samansuuntaisia päihdetapauskennan tietojen kanssa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 106). Selviämisasemilla oli laskentavuorokauden aikana noin 60 päihde-ehdoista asiointia.

Päihde-ehdoton asiointi asumispalveluissa

Kuvioon 6 on kerätty tiedot asumispalveluiden päihteisiin liittyvistä asioinneista. Tässä tarkastelussa mukana ovat päihdehuollon asumispalveluyksiköt, mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut sekä ikääntyneiden asumispalvelut. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat ensimmäistä kertaa mukana omana luokkana. Ikääntyneiden kohdalla aikaisempina vuosina mukana olivat ainoastaan vanhainkodit. Vuoden 2011 laskennassa luokkaa laennettiin koskemaan myös erilaisia ikääntyneille tarkoitettuja asumispalveluyksiköitä. Toimintayksikkötyyppi-kysymyksen kohtaan ”muu, mikä” tuli tietoja myös sellaisista asumispalveluista, joiden toiminta oli profiloitu useille eri kohderyhmille ja jotka näin ollen oli vaikea sijoittaa mihinkään olemassa olevista toimintayksikkötyypeistä. Nämä asumispalvelut poimittiin erilleen ja luokiteltiin uudelleen luokaksi ”muut asumispalvelut”.

Asumispalveluihin tehtiin kaikkiaan reilut 2 000 päihde-ehdoista asiointia vuonna 2011. Tämä on enemmän kuin kummassakaan aikaisemmassa 2000-luvulla tehdyssä päihdetapauskennassa. Päihdehuollon asumispalveluissa päihde-ehdotet asiakkuudet näyttäsivät vähentyneen selvästi vuosien 2003 ja 2007 tietoihin verrattuna. Tämä selittynee kuitenkin pitkälti siitä, että asumispalveluiden kirjo on lisääntynyt ja päihde-ehdoista asiakkuuksia on nykyään runsaasti myös muualla kuin ainoastaan päihtei-



Kuvio 6. Päihde-ehdoton asiakkuus asumispalveluissa vuosina 2003, 2007 ja 2011 (n).

den käyttäjille tarkoitetuissa asumispalveluissa. Ikääntyneiden asumispalveluissa päihde-ehdoisten asiakkuuksia oli vuonna 2011 jopa 124 prosenttia enemmän kuin vuonna 2007. Tämä kuvastaa toki väestön ikääntymistä ylipäättään, mutta myös sitä, että ikääntyneillä asumispalveluiden asiakkailta saattaa hyvinkin olla jonkinasteisia ongelmia päihteen käytön kanssa. Mielen-terveyskuntoutujien asumispalveluissa oli laskentavuorokauden aikana reilut 250 päihde-ehdoista asiakkuutta. Eri kohderyhmille tarkoitetuissa ”muissa asumispalveluissa” päihde-ehdoisia asiointeja oli lähes 500.

Asumispalvelut sisältävät sekä itsenäistä asumista että laitosasumista. Erityisen paljon itsenäistä asumista oli mielen-terveyskuntoutujien asumispalveluissa, joista 27 prosentissa palvelu oli luokiteltu avopalveluksi ja joissa asuminen voidaan näin ollen tulkita itsenäiseksi. Vanhainkoteissa ja vanhusten palveluasumisyksiköissä 15 prosentissa kyseessä oli itsenäinen asuminen ja päihdehuollon asumispalveluissa näin oli kahdeksassa prosentissa. Muissa asumispalveluissa itsenäisen asumisen osuus oli alhaisempi (3 %). Aikaisemmissa päihdetapauslaskennoissa asumispalvelut on koodattu systemaattisesti laitospalveluiksi, joten vertailu taaksepäin on mahdotonta. Vuoden 2011 päihdetapauslaskennan tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että aineistossa näkyy itsenäinen asuminen varsin selvästi.

Johtopäätökset

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden muuttuessa on tärkeää, että muutoksia ja niiden vaikutuksia tutkitaan. Rakenteellisten muutosten motiivi on usein raha: palveluita on tuotettava aikaisempaa edullisemmin. Muutosten kustannus-hyötyjen tutkiminen on tärkeää, mutta yhtä lailla tärkeää on tutkia sitä, saavatko asiakkaat ja potilaat palvelujärjestelmästä sen avun, jota kulloinkin tarvitsevat.

Päihdetapauslaskenta on menetelmä, joka tuottaa poikkileikkaustietoa siitä, missä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kohdassa päihdeasiakkaat ovat asioineet yhden vuorokauden aikana. Menetelmä on ainutlaatuinen, koska se kohdentuu lasten päivähoitoa lukuun ottamatta kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoihin riippumatta siitä, onko kyseessä julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin palve-

lu. Neljän vuoden välein toistettuna päihdetapauslaskenta toimiikin kohtuullisen hyvin palvelujärjestelmän rakenteiden ja työnjakoon liittyvien muutosten kuvaajana. Haasteena tässä laskennassa – kuten myös tilastoissa – on kuitenkin taroituksenmukaisen vertailtavuuden säilyttäminen palvelurakenteiden muuttuessa. Esimerkiksi mielen-terveyspalveluiden sisäisessä rakenteessa tapahtuneet muutokset edellyttivät päihdetapauslaskennassa aiemmin käytetyn luokittelun uudelleenmuotoilua. Uutena työmuotona näkyvät myös terveyskeskusten yhdistetyt mielen-terveys- ja päihdetyön avopalvelut.

Päihdepalvelujärjestelmän tehokkuuden näkökulmasta perusterveydenhuollon ja sosiaali- huollon peruspalveluiden tulisi tavoittaa kattavasti erityisesti päihteen riskikäyttäjää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Näin varsinaisen päihdehoidon tarve muualla palvelujärjestelmässä vähenisi. Päihdetapauslaskenta tavoittaa hyvin päihteen ongelmakäytöstä johtuvan asiointitarpeen, mutta esimerkiksi alkoholin riskikäyttäjien ryhmä jäänee pääosin tämän tutkimuksen ulkopuolelle kyselyssä käytettyjen, ilmeisiä päihdeongelmia painottavien määritelmien vuoksi. Ongelmakäyttäjien, päihtyneenä asioinnin ja päihteisiin liittyvän kertahaitan lisäksi olisikin jatkossa syytä pohtia, pitäisikö päihdetapauslaskennan kohderyhmää laventaa myös riskikäyttäjiin, jotka ovat laajemmasta kansanterveysnäkökulmasta oleellinen kohderyhmä.

Tässä artikkelissa tarkastelimme maakuntia ja niiden sisäistä työnjakoa sen mukaan, minkä tyyppisiin palveluihin (terveydenhuolto, päihdehuollon erityispalvelut, sosiaalipalvelut, asumispalvelut, muut palvelut) suurin osa päihteisiin liittyvästä asioinnista oli laskentavuorokauden aikana kohdistunut. Alkoholin kokonaiskulutus ja palveluiden tarjonta heijastuvat yleensä päihde-ehdoisen asioinnin määriin, kun taas kuntien poliittisesti päättämä palvelurakenne vaikuttaa työnjakoon. Työnjako näyttäisi yllättävänkin selvästi profiloituneen joko terveydenhuoltoon tai päihdehuollon erityispalveluihin. Terveys- ja huoltopainotteisia järjestelmiä oli etenkin niissä maakunnissa, joissa sekä alkoholin myynti että myös päihde-ehdoinen asiointi väkilukuun suhteutettuna oli vähäisempää. Toisaalta terveydenhuoltopainotteisten maakuntien joukossa oli muutamia sellaisia maakuntia, kuten esimerkiksi Pohjois-Savo ja Etelä-Karjala, joissa oli vähän päihde-ehdoista asiointia alkoholin myyntiin verrat-

tuna. Voidaankin kysyä, onko päihteiden käyttäjien hoitoon liittyvä työnjako näissä maakunnissa onnistunut vai onko niin, että palvelujärjestelmä ei kaikkialla tavoita päihdeongelmaisia?

Kuudessa maakunnassa päihteisiin liittyvä asiointi painottui päihdehuollon erityispalveluihin. Näissä maakunnissa alkoholin myynti oli 8–8,5 litraa asukasta kohti 100 prosentin alkoholina, poikkeuksena oli kuitenkin Pohjanmaa, jossa alkoholin myynti asukasta kohden oli huomattavasti alhaisemmalla tasolla. Päihde-ehdoisia asiointeja väkilukuun suhteutettuna oli Pohjanmaan 8,7:stä Kymenlaakson 26,8:aan. Näin tarkasteltuna tämänkin ryhmän sisältä löytyy vaihtelua, eikä voida yksiselitteisesti sanoa, että alkoholin myynti tai päihde-ehdoisen asioinnin määrä selittäisi sitä, että työnjako on muotoutunut päihdehuollon erityispalvelupainotteiseksi. Enemmänkin kyse saattaa olla siitä, että päihdehuollon erityispalveluille on kysyntää alueilla, joiden väestömäärä on suuri. Toisaalta myös historiasta saattaa löytyä selityksiä. Esimerkiksi Kymenlaaksossa A-klinikkasäätiön toiminnalla on pitkä historia ja kuntien kanssa tiiviissä yhteistyössä kehitetty monipuolinen päihdepalveluiden tarjonta näkyy päihteiden käyttäjien hoitamiseen liittyvässä työnjaossa.

Työnjakoon liittyvässä tarkastelussa löysimme kaksi poikkeusta. Kainuussa työnjaon painopiste oli yleisissä sosiaalipalveluissa. Alkoholin myynti oli Kainuussa keskimääräistä korkeammalla tasolla, mutta päihde-ehdoisia asiointeja oli koko maan tasoon nähden vähemmän. Tämä voi ilmentää sitä, että sosiaalipalvelupainotteinen työnjako on Kainuussa pystynyt kohtuullisen tehokkaasti tavoittamaan myös päihdeongelmaisia asiakkaita. Toisaalta tämä voi kertoa myös siitä, että Kainuussa saattaa olla koko joukko päihteiden ongelmakäyttäjiä, jotka olisivat avun tarpeessa mutta jotka eivät löydä tai saa tarvitsemaansa apua palvelujärjestelmästä. Etelä-Savossa päihde-ehdoiset asioinnit olivat puolestaan kohdistuneet yhtä lailla terveydenhuoltoon, yleisiin sosiaalipalveluihin, päihdehuollon erityispalveluihin ja asumispalveluihin. Olemme nimenneet tämän tasaisen työnjaon järjestelmäksi.

Päihdetapauslaskennan tulosten perusteella näyttäisi siltä, että perusterveydenhuolto on ottanut aiempaa enemmän vastuuta päihdeongelmien hoidosta. Tämä on linjassa vuonna 2009 julkaistun Mielen terveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli-suunnitelma) kanssa, jossa yksi ehdotus

liittyi nimenomaan päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseen peruspalveluissa. Yleisten sosiaalipalvelujen osalta Mieli-suunnitelman ehdotus ei ole toteutunut samalla tavalla kuin perusterveydenhuollossa. Näyttäisi jopa siltä, että päihdeongelmien mahdollisuudet asioida yleisissä sosiaalipalveluissa ovat entisestään kaventuneet. Tämä saattaa selittyä osittain siitä, että toimintakäytännöt sosiaalityössä ovat muuttuneet. Aikaisempien henkilökohtaisten tapaamisten sijaan asioiden kirjallinen käsittely on lisääntynyt. Tällöin kontakti asiakkaaseen ja tämän kokonaistilanteeseen saattaa jäädä ohueksi ja päihde-ehdoisen asiakkuus voi jäädä tunnistamatta.

Laskennan tuloksista nähdään myös, että päihteisiin liittyvä asiointi on lisääntynyt sekä psykiatrisissa sairaaloissa että terveyskeskusten vuodeosastohoidossa. Tämä havainto on ristiriidassa Mieli-suunnitelman (2009) linjausten kanssa, joissa korostetaan nimenomaan laitospalveluiden vähentämistä ja avopalvelujen tehostamista. Tulos kertoo kuitenkin siitä, että palvelujärjestelmässä on koko joukko päihdeasiakkaita, jotka ovat fyysisesti ja/tai henkisesti niin huonossa kunnossa, että he tarvitsevat sairaalahoitoa. Yksi selittävä tekijä tälle kehitykselle lienevät väestön ikääntyminen ja ikääntyneiden lisääntynyt päihteiden käyttö. Terveyskeskusten vuodeosastohoidon lisääntyminen saattaa selittyä osittain myös siitä, että siellä tehdään enenevässä määrin katkaisuhoidoja. Toisaalta havainto voi ilmentää myös sitä, että varhaisvaiheen puuttuminen ei ole toiminut kovin tehokkaasti ja päihdeongelmat ovat aiempaa useammin päässeet vaikeutumaan ja kroonistumaan.

Päihdehuollon erityispalveluiden asiointimäärät ovat laskussa lukuun ottamatta katkaisuhoidtoa ja terveysneuvontapisteissä asiointia. Kun esimerkiksi pitkäaikaiseen päihdehuollon laitospainotteiseen pääsy on vaikeutunut, niin käytännössä tämä näyttää tarkoittavan sitä, että asiakkaat hakeutuvat enenevässä määrin terveydenhuollon palveluiden piiriin. Tutkimuksissa on näyttöä siitä, että toimiva päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä säästää terveydenhuollon kustannuksia (esim. Edwards & al. 1996). Riittävät päihdehuollon erityispalvelut estävät ongelmia pahenemasta ja säästävät näin ollen vaihtoehtoisia kustannuksia, joita syntyy ongelmien vaikeutuessa. Vaikka alkoholin kokonaiskulutuksen viimeaikainen kehitys on Suomessa ollut suotuista, on kokonaiskulutus kuitenkin yhä vielä selvästi

korkeammalla tasolla kuin vuonna 2003. Vuoden 2008 juomatapatutkimuksessa alkoholin riskikulutusrajat ylittävien suurkuluttajien määräksi arvioitiin lähes 250 000 henkilöä. Palveluita pitäisikin lisätä ja kehittää entisestään sen sijaan, että palvelutarjonta jatkuvasti supistuu.

Päihde-ehdotin asiointi asumispalveluissa oli lisääntynyt kokonaisuudessa, vaikka päihdehuollon asumispalveluissa asiointi näytti vähentyneen. Asumispalvelut sisältävät sekä itsenäistä asumista että laitosasumista. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma (2008) on lisännyt viime vuosina itsenäisen ja avomuotoista tukea tarjoavia asumisen mahdollisuuksia myös päihdeongelmallisille. Tämä ei kuitenkaan näy päihdetapauslaskennassa päihdehuollon asumispalveluissa, joista valtaosa oli luokiteltu laitoshuutoisiksi palveluiksi. Päihde-ehdotin asiakkuuksia on kuitenkin aiempaa enemmän muualla kuin ainoastaan päihdeiden käyttäjille tarkoitettuihin asumispalveluissa. Ikääntyneiden asumispalveluissa päihde-ehdotin asiakkuuksien mää-

rä oli yli kaksinkertaistunut edelliseen laskentaan verrattuna.

Päihdetapauslaskenta näyttää siis heijastelevan osin niitä muutoksia, joita on nähtävissä suppeissa tilasto- ja rekisteritiedoissa: päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärissä on viime vuosina tapahtunut vähentymistä. Palveluiden käyttö erityispalveluiden osalta näyttää seuraavan alkoholin kokonaiskulutuksessa tapahtuneita muutoksia. Siirtymä kuntouttavista laitoshuutoisista palveluista asumispalveluiden suuntaan on nähtävissä, mutta samanaikaisesti myös sairaalahoidon osuus on kasvanut. Huomionarvoista on myös se, että perusterveydenhuollon avohoidossa näkyy aiempaa enemmän päihde-ehdotin asiointia. Päihdeasiointiin liittyvän asioinnin kehityssuunta seurailee siis yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden avo- ja peruspalvelupainotteista kehityslinjaa. Erityisesti tätä viimeksi mainittua muutosta ei muilla tämänhetkisillä tiedonkeruumenetelmillä olisi pystytty todentamaan.

KIRJALLISUUS

- Alkoholijuomien kulutus 2011: Tilastoraportti 3/2012. SVT Terveys. Helsinki: Terveys ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Edwards, Griffith & Mäkelä, Klaus & Simpura, Jussi & Österberg, Esa: Alkoholipolitiikka ja yhteinen hyvä. Helsinki: Edita, 1996.
- Haavisto, Kari & Ahtola, Raija & Kaivonurmi, Maija & Kaukonen, Olavi & Metso, Leena & Simpura, Jussi: Surveys of intoxicant-related cases in health and social services in Finland 1995. *Themes* 2/1997. Helsinki: Stakes, 1997.
- Heikkilä, Matti: Päihdetapauslaskenta päihdeongelman laajuuden mittajana. *Alkoholipolitiikka* 39 (1974): 2, 52–55.
- Heino, Tarja & Säkkinen, Salla: Mitä näkyy lastensuojelun ikkunasta? Teoksessa *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011*. Helsinki: Terveys ja hyvinvoinnin laitos, 2011.
- Kaukonen, Olavi: Päihdepalvelut jakaantuneessa hyvinvointivaltiossa. *Tutkimuksia* 107. Helsinki: Stakes, 2000.
- Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi & Stenius, Kerstin: Päihdeasiakas henkilökunnan haasteena. Teoksessa Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer: *Alkoholien ja muiden päihdeiden haitat – läheisille, kanssaihmisille ja yhteiskunnalle (työotsikko)*, 2013 (tulossa).

- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihde-työn kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009.
- Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämien: Työryhmäraportti 31.3.2012. Ympäristöministeriön raportteja 10/2012. Helsinki: Ympäristöministeriö, 2012.
- Mäki, Helmi & Eskola, Jarkko & Heikkilä, Matti & Idänpään-Heikkilä, Juhana & Miettinen, Raimo: Päihdetapauslaskenta. *Alkoholikysymys* 41 (1973): 2, 73–81.
- Nuorvala, Yrjö & Vertio, Harri: Eikö kunnallinen päihdehuolto tavoita nuoria ja ”hyväosaisia”? *Sosiaalinen aikakauskirja* 2/1989, 51–55.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Päihde-ehdotin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauslaskentojen vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (2000): 3, 246–254.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Muuttuva päihdeasiakkuus. *Päihdetapauslaskennat 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 6, 608–618.
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija &

- Metso, Leena: Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008): 6, 659–670.
- Pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen vuoteen 2015 mennessä. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma. Ohjelmatyöryhmä AHKE-RAT. Raportti 10.1.2008. <http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=79084&lan=fi> (luettu 27.9.2012)
- Peruspalvelujen tila -raportti 2012. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisu 12/2012. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2012.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2011: Alkoholi ja huumeet. SVT Sosiaaliturva. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon hakemisto 2011: Pori, Kunnallinen ympäristö- ja terveydenhoitoyhdistys ry., 2011.
- Tuominen, Eero: Päihdetapauslaskenta. Alkoholipoliittikka 38 (1973): 5, 216–218.

SUMMARY

Kristiina Kuussaari & Jenni-Emilia Ronkainen & Airi Partanen & Olavi Kaukonen & Helena Vormo: The 2011 survey of intoxicant-related cases in Finland: a service system perspective (Kuntoutuksista katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana)

The Finnish service system for substance abusers comprises general social and health care services and special services designed specifically for substance abusers. Current statistical and register sources provide reasonably accurate data on intoxicant-related admissions to institutional social and health care services, but only limited information is available from these sources on such areas as outpatient care and housing services. Conducted at four-year intervals since 1987, Finnish surveys of intoxicant-related cases are designed to complement the information obtained from statistics and registers and to shed broader light on how and where substance abuse clients are met within the service system, what these clients are like and what their contacts are like with the service system. The survey involves collecting data on all intoxicant-related visits to social and health care services during the course of one day; the only services excluded are children's day care.

This article analyses the results of the 2011 survey of intoxicant-related cases. The findings are compared with those from 2007 and 2003. We have two main research questions, which are approached from the vantage-point of the service system: Firstly, from a division of labour point of view, we are interested

in how the care of intoxicant abusers is organized in different parts of the country. Secondly, we want to know how intoxicant-related visits break down between different areas of the service system and whether there have been any changes in this regard during the 2000s.

Regions and their internal division of labour were examined by studying which type of services had received the largest number of intoxicant-related visits during the survey day. In most regions the main focus of customer contacts was with health care services. In six regions the main division of labour burden was carried by special intoxicant-related services. In the region of Kainuu in the north, the main division of labour focus was on general social services, in South Savo intoxicant-related visits were evenly divided between general health care, special intoxicant-related services, social services and housing services.

A growing proportion of intoxicant-related visits today are to primary health care services and specifically to health centre outpatient services. A different trend is observed for special intoxicant-related services: here the number of visits has only increased for detox programmes and health counselling centres. The number of intoxicant-related client contacts with housing services for older people has more than doubled since the previous survey.

Keywords: social and health care service system, substance abuse services, substance abuse problems, intoxicant-related visits, change